



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000369755

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1009118-47.2024.8.26.0032, da Comarca de Araçatuba, em que são apelantes QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são apelados ALEX PAGAN STORTI (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e A. D. C. S. (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento aos recursos. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente), EMERSON SUMARIVA JÚNIOR E ERICKSON GAVAZZA MARQUES.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator

Assinatura Eletrônica

APELANTES: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A E CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
APELADOS: ALEX PAGAN STORTI E A. D. C. S.

VOTO nº 208.134

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO DO CONTRATO ENTRE OPERADORA E ADMINISTRADORA. TEA. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. Caso em Exame

1. Recursos de apelação interpostos contra sentença que condenou as requeridas a manterem a vigência do contrato de plano de saúde em favor do autor, confirmando a tutela de urgência. A administradora e a operadora do plano de saúde recorreram, alegando ilegitimidade passiva e legalidade do cancelamento do contrato, respectivamente.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em (i) a legitimidade passiva da administradora do plano de saúde e (ii) a legalidade do cancelamento do contrato de plano de saúde pela operadora, considerando a continuidade do tratamento médico do beneficiário, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

III. Razões de Decidir

3. A administradora possui legitimidade passiva, pois está vinculada à situação fática contratual.
4. O cancelamento do plano de saúde foi considerado abusivo, pois o beneficiário, uma criança com TEA, não pode ter seu tratamento interrompido abruptamente. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas de forma favorável ao consumidor, conforme o Código de Defesa do Consumidor.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recursos desprovidos.
Tese de julgamento: 1. A administradora de plano de saúde possui legitimidade passiva em demandas relacionadas ao cancelamento de contrato. 2. O cancelamento unilateral de plano de saúde coletivo é abusivo quando coloca em risco a saúde do beneficiário em tratamento contínuo.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor, art. 47, art. 51, inc. IV; Código Civil, art. 113, caput e § 1º, inc. III, art. 422; Lei nº 9.656/1998.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp nº 1.732.511/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª T., j. 04/08/2020, DJe 20/08/2020; STJ, REsp nº 1.846.123/SP; STJ, REsp nº 1.842.751/RS; STJ, REsp nº 1.792.893-SP, Rel. Min. Marco Buzzi, j. 04/02/2019, DJe 07/02/2019.

Trata-se de recursos de apelação (fls. 632/650 e fls. 656/665) interpostos contra a sentença de fls. 622/627 que julgou procedente a pretensão deduzida na inicial, com análise do mérito, nos termos do art. 487, inc. I, do Código de Processo Civil, para condenar as requeridas à obrigação de fazer, consistente em determinar que mantenham, em favor da parte autora, a vigência e eficácia do contrato de plano de saúde firmado junto à requerida Central Nacional Unimed, com o prosseguimento do tratamento a que vem se submetendo a parte, confirmando a tutela de urgência anteriormente deferida.

Insurge-se a administradora, pugnando pela reforma da decisão atacada. Em suas razões recursais, argumenta, preliminarmente, é manifestamente ilegítima para figurar no polo passivo da demanda, pois o contrato em questão é coletivo por adesão, sendo administrado por ela junto a entidades de classe, sem envolvimento direto nas atividades que levaram ao cancelamento do plano. No mérito, sustenta que a responsabilidade pelo cancelamento do plano de saúde é exclusivamente da operadora, e não da administradora de benefícios; como administradora, seguiu as diretrizes da ANS, informando aos beneficiários sobre o cancelamento e a possibilidade de portabilidade de carências, conforme estabelecido pela regulamentação vigente. Aponta que o cancelamento foi legítimo, realizado pela operadora, que seguiu as regras do contrato coletivo e da ANS, com a devida comunicação aos beneficiários com a antecedência mínima de 30 dias. Destaca que, conforme o Tema 1082 do STJ, a responsabilidade pela continuidade do tratamento médico essencial, no caso de internação ou cuidados médicos urgentes, recai sobre a operadora e não sobre a administradora, o que não se aplica ao caso em questão, pois o tratamento do beneficiário não se enquadra em situações de urgência ou continuidade garantidora de sua sobrevivência. Portanto, não pode ser responsabilizada pela rescisão contratual e pelos efeitos do cancelamento, devendo ser reformada a sentença, julgando improcedente a demanda em relação à administradora de benefícios.

Por seu turno, apela a operadora alegando em síntese que: o cancelamento unilateral de contratos coletivos empresariais está em conformidade com a legislação e com os termos acordados nos contratos, sendo fundamentado na necessidade de equilíbrio financeiro da operadora. Aponta que o cancelamento seguiu as normas da ANS e foi

devidamente notificado com antecedência de 60 dias, conforme permitido pela legislação vigente, sem prejuízo aos beneficiários, que têm direito à portabilidade de carências. Além disso, enfatiza que a medida não foi discriminatória, destacando investimentos significativos da Unimed em centros de atendimento especializado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o que demonstra seu compromisso com a qualidade do serviço. Argumenta que a rescisão unilateral dos contratos coletivos não é abusiva, pois foi realizada de acordo com o estipulado no contrato e nas regulamentações da ANS. Por fim, requer que a sentença seja reformada, pois a decisão contrária impactaria negativamente no equilíbrio do sistema de mutualismo do plano de saúde.

Preparo realizado a fls. 651/652 e fls. 666/667.

Contrarrazões a fls. 671/675.

Parecer do Ministério Público a fls. 689/694 pelo desprovimento dos recursos.

É O RELATÓRIO.

Não há razão para acolher-se a ilegitimidade de parte passiva levantada pela recorrente.

Isto se afirma, porquanto, não há dúvida de que o cancelamento do contrato havido entre as partes normalmente foi tratado pela pessoa jurídica que está na qualidade de administradora do plano de saúde em questão; fato é que esta situação não nega legitimidade para que figure no polo passivo da demanda qualquer das pessoas jurídicas vinculadas à mesma situação fática contratual, ou seja, a operadora do plano em questão e a administradora.

Superada esta questão, no mérito, sem razão as apelantes.

A ação consistiu em reação ao quanto foi comunicado aos recorridos a respeito da rescisão do contrato firmado entre as partes, se desconhecendo que as recorrentes tenham prévia e extrajudicialmente entrado em contato com aqueles para acertar detalhes sobre a rescisão contratual e seus impactos.

O apelado A. da C. S. apresenta Transtorno do Espectro Autista (TEA), condição genética pela qual está submetido a tratamento que não pode ser simples e abruptamente interrompido.

A circunstância de a Central Nacional Unimed e a Qualicorp Administradora de Benefícios S/A terem formalizado distrato entre elas cuja data de

eficácia seria 05 de janeiro de 2024, ao contrário do sustentado nas razões recursais, é irrelevante perante o recorrido A. da C. S., criança, hipervulnerável, e em especial pelo fato de a comunicação a ele da rescisão do seu contrato não foi comunicada, ou seja, sem a antecedência determinada na Resolução ANS nº 509/2022, esta que em seu Anexo I estabelece:

“A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência, mas sendo os beneficiários destinatários finais dos serviços e estando presente vulnerabilidade, aplicam-se à hipótese as normas consumeristas” (grifo nosso).

Considerado esse contexto, e a norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar acima exposta, pouco importa que tenham as recorrentes estivessem dispostas a efetuar acordo com os recorridos, concedendo o prazo extra de 60 dias para que aquele viabilizasse sua portabilidade sem carência para outra operadora de plano de saúde, o que fez apenas para cumprir o quanto a ela é imposto pela Resolução Normativa ANS nº 438/2018, e no art. 1º, da Resolução CONSU nº 19/1999.

Na forma do art. 47, do Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais, particularmente as inseridas em contratos por adesão (art. 54, do Código de Defesa do Consumidor c.c. o inc. IV, do art. 113, do Código Civil), merecem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, e é certo que quando possam acarretar àquele submissão a condições iníquas, que lhe coloquem em desvantagem exagerada, são nulas de pleno direito (art. 51, inc. IV, do Código de Defesa do Consumidor), dada a sua incompatibilidade com o princípio da boa-fé (art. 113, *caput*, e § 1º, inc. III, do Código Civil).

Indiscutível que a Lei nº 9.656/1998, e seus regulamentos, autorizam a operadora do seguro de saúde a não renovar o contrato coletivo, todavia, “... o Código de Defesa do Consumidor impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o

plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde de seu grupo familiar”, como foi destacado pela Min. Nancy Andrichi quando do julgamento do REsp nº 1.732.511/SP (STJ, 3ª T., j. 04/08/2020, DJe 20/08/2020), oportunidade em que ainda asseverou a relatora que “O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço”.

Assim, ao cancelarem imotivadamente o plano de saúde sob análise, sem tempestivo aviso prévio, pondo em risco a saúde do recorrido A. da C. S., as apelantes colocaram o beneficiário em evidente desvantagem, não tendo agido segundo a boa-fé, princípio fundamental e que deve pautar quaisquer relações contratuais em todas as suas fases (*caput*, do art. 113 c.c. art. 422, do Código Civil).

Piora a situação quando se verifica que a unilateral iniciativa das recorrentes de proceder ao cancelamento do contrato, na espécie, se afigura abusiva, pois, como antes já ressaltado, o apelado A. da C. S. é criança, hipervulnerável, e apresenta condição genética (Transtorno do Espectro Autista – TEA) que requer cuidados constantes e que não podem cessar sem planejamento adequado.

Nesse sentido, inclusive, há precedentes do Superior Tribunal de Justiça, valendo se conferir o teor dos julgamentos proferidos nos REsp 1.846.123/SP e REsp 1.842.751/RS, em que foi estabelecida a seguinte tese (Tema Repetitivo nº 1.082):

"A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida”.

Nesse sentido é a jurisprudência desta Câmara, inclusive com a participação deste Relator, e desta Corte de Justiça:

“APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE RESCISÃO DO CONTRATO HAVIDO ENTRE OPERADORA E ADMINISTRADORA Reflexos que não podem ser transferidos ao beneficiário que é criança, hipervulnerável Aplicação da Resolução ANS nº 509/2022 (Anexo I) Incidência das regras do CDC na compreensão dos resultados decorrentes da rescisão contratual. APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE RESCISÃO DO CONTRATO HAVIDO ENTRE OPERADORA E ADMINISTRADORA RESCISÃO DO CONTRATO HAVIDO COM O BENEFICIÁRIO Operadora que concedeu prazo extra de 60 dias para portabilidade para que o beneficiário possa contratar outro plano sem a necessidade de cumprir novo período de carência Impertinência do argumento Operadora que apenas cumpriu o quanto a ela é imposto pela Resolução Normativa ANS nº 438/2018, e no art. 1º, da Resolução CONSU nº 19/1999. APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE RESCISÃO UNILATERAL Impossibilidade Beneficiário que apresenta Transtorno do Espectro Autista (TEA), condição genética pela qual está submetido a tratamento que não pode ser simples e abruptamente interrompido Situação que permite a aplicação da tese formada em julgamento do STJ nos REsp 1.846.123/SP e REsp 1.842.751/RS (Tema Repetitivo nº 1.082) Necessidade de que seja dada continuidade ao tratamento. APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE CANCELAMENTO CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) Hipervulnerabilidade Característica pessoal que determina a incidência, na espécie, das regras do Código de Defesa do Consumidor Contrato por adesão Interpretação mais favorável de cláusulas em prol daquele que não as redigiu, interpretação que deve estar pautada pelo princípio contratual da boa-fé Circunstância que revela abusividade e nulidade da cláusula Inteligência dos arts. 47, 51, inc. IV, e 54, do CDC; e dos arts. 113, caput, e § 1º, inc. III; e 422, do CC). Recurso desprovido” (Apelação Cível nº 1058970-64.2023.8.26.0100, rel. Des. João Batista Vilhena, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 19/10/2023).

"PLANO DE SAÚDE Cominatória - Sentença de procedência - Preliminar de ilegitimidade passiva afastada - Cancelamento do plano

pela administradora do plano da parte autora - Beneficiário diagnosticado com TEA (transtorno do espectro autista) e necessita de tratamento contínuo - Abusividade da rescisão unilateral do contrato enquanto perdurar o tratamento - Entendimento do E. STJ em sede de recurso repetitivo (tema 1082) - Sentença mantida - Recurso desprovido" (Apelação Cível nº 100.307-26.2024.8.26.0003, rel. Des. Moreira Viegas, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 08/10/2024).

Terminando, ao determinar-se mantenha as apelantes assistência saúde aos apelados, de modo algum está a ensejar que venha a operadora a se sujeitar aos termos das sanções previstas no art. 19, da RN nº 489/2022, da ANS, e isto simplesmente porquanto tal compreensão está prejudicada pelo comando contido na Resolução CONSU nº 19/1999, que impõe haja a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos quando ocorrida situação como a verificada nos autos, qual seja, a denúncia unilateral do contrato havido entre as partes, merecendo ficar claro que, ainda que a própria recorrente não comercialize planos individuais ou familiares, é seu encargo indicar outra operadora que o faça, e possa promover ao acolhimento do recorrido, quando então se dará migração que garantirá àquele último não sujeição à novas carências, ainda que tenha de pagar diverso valor de mensalidade.

Aliás, em caso semelhante, vale aqui repetir o quanto exposto na fundamentação de voto proferido pelo Min. Marco Buzzi, ao apreciar o REsp nº 1.792.893-SP (j. 04/02/2019, DJe 07/02/2019).

"Não é possível, dentro do microsistema do Código de Defesa do Consumidor, fazer-se uma interpretação restritiva ao consumidor, sob pena de grave violação ao sistema protetivo que inegavelmente integra as relações de consumo em benefício da parte hipossuficiente. Não se pode deixar de ter em conta que a rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis.

Nesse interim, não se pode diferenciar os contratos individuais dos coletivos ou empresariais, na medida em que, em última análise, estes

também se destinam ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente para situações iguais".

Por tudo o quanto foi aqui exposto, deve ser mantido o apelado como beneficiário do plano de saúde da apelante, nos moldes da sentença proferida.

Assim, fica a sentença integralmente mantida.

Nesses termos, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos.

Quanto aos honorários recursais, nos termos do § 11, do art. 85, do Código de Processo Civil, ficam estes majorados para 15% sobre o valor da condenação.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator